

Programa de Educación Individualizado (IEP)

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha del IEP _____

Clasificación _____ Grado _____

Se necesitan servicios para progresar hacia las metas anuales y para estar involucrado y progresar en el curriculum general.

G = Clase de educación general, S = Clase de educación especial incluyendo recursos, O = Otros, D = Diario, W = Semanal, M = Mensual

• **Servicios de educación especial** (por. ej. comprensión de la lectura, cálculos matemáticos, habilidades sociales)

	Lugar	Tiempo Dedicado	Frecuencia
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____

• **Servicios relacionados** (si el estudiante lo requiere para beneficiarse de la educación especial)

	Lugar	Tiempo Dedicado	Frecuencia
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O _____	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____

Marque si el transporte será proveído como un servicio relacionado.

• **Modificaciones en el programa o asistencia para el personal de la escuela y/o servicios y ayudas suplementarias al estudiante o a favor del estudiante en programas de educación regulares.**

	Frecuencia
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____
_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M _____

• Fecha prevista para la iniciación de estos servicios, si es diferente a la fecha del IEP: _____

• Duración anticipada de los servicios: Un año de la fecha de iniciación, u otro: _____

Actividades Curriculares Regulares, Extra-curriculares y No-académicas

Excepto por las horas de clases de educación especial y otros mencionados arriba, el estudiante participará en las clases regulares, PE regular, y actividades extra-curriculares y no-académicas de la misma manera que los estudiantes sin incapacidades, u otras excepciones (especifique y explique) _____

Participación en evaluaciones Estatales y de Distrito

(Vea adendum adjunto.)

Si el equipo de IEP determina que el estudiante debe tomar una evaluación alternativa a la evaluación regular estatal o distrital, incluya una declaración de porqué el estudiante no puede participar en las evaluaciones regulares y porqué la evaluación particular alternativa escogida es mas apropiada para el estudiante: _____

El equipo IEP ha considerado los siguientes factores especiales:

- Estrategias de conducta para el estudiante cuya conducta impide que el/ella u otros aprendan. No se requieren estrategias Estrategias cubiertas en el IEP y el equipo utilizo la *Guía de Educación especial de USOE y de LRBI*
- Necesidades de Lenguaje para el estudiante con capacidad limitada del Ingles No se requiere acción Necesidades cubiertas en el IEP
- Instrucción de Braille para el estudiante que es ciego o tiene una incapacidad visual No se requiere instrucción en Braille Instrucción del Braille cubierto en el IEP
- Necesidades de comunicación para este estudiante, y si este estudiante es sordo o no escucha bien considere su lenguaje y modo de comunicación como también otras necesidades especiales de comunicación. No se requieren servicios de comunicación Servicios cubiertos en el IEP
- Equipos de tecnología asistiva y servicios para el estudiante, que sin ellos, no se beneficiaría de la educación especial. No se requiere tecnología asistiva Tecnología asistiva cubierta en el IEP
 - Se requiere tecnología asistiva en la casa para poder recibir FAPE? Si No NA